Opłata uiszczona ryczałtem.

Nr. 4. Warszawa, Kwiecień 1936 r. Rok III.

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE i FIZYKALNE

CZASOPISMO

POŚWIĘCONE ROZWOJOWI KRAJOWEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNEGO i SPRAWOM LEKARSKIM

Redakcja i Administracja: Warszawa, ul. Grzybowska 33 m. 4 Tel. 2.28-71.

Nr. 4. Rok III

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE i FIZYKALNE

Komitet honorowy redakcyjny:
Prof. dr. B. Koskowski — Doc. dr. med. J. Węgierko
Prof. dr. J. Muszyński — Dr. med. M. Urstein

SKRZYNKA POCZTOWA.

Uprzejmie prosimy naszych Czytelników nadsyłać do skrzynki pocztowej jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

Mr. A. HIRSZFELD

O mechaniźmie działania leków.

(Ciąg dalszy).

Przykładem auksotoksów może służyć grupa zawierająca azot w kokainie. Prócz powyższych grup leki winny posiadać również grupy **gaptoforowe** (chwytne), zapomocą których cząsteczka danego leku łączy się z cząsteczkami komórkowemi (ich grupami **chemoreceptorowemi**) W kokainie taką grupę gaptoforową jest rodnik metylowy, który znajduje się w związku z ekgoniną. Grupy gaptoforowe warunkują również **tropizm** danej substancji leczniczej t. j. jej działanie wybiórcze na te lub inne komórki ustroju. Dzięki temu, że w kokainie grupa gaptoforowa jest **neurotropową** kokaina wywiera działanie na komórki nerwowe, które zawierają odpowiednie **chemoreceptory**. Na powyższych danych Ehrlich oparł teorję działania leków, nazwaną przez niego **chemoterapją** Na podstawie tej teorji podjął on słynne badanie nad salwarsanem i neosalwarsanem. Mimo tak świetnych zdobyczy, teorja Ehrlicha nie zyskała sobie powszechnego uznania jako ogólna teorja działania leków. Nie zawsze można ustalić jaka grupa atomowa w cząsteczce leku warunkuje jej działanie lecznicze (względnie toksyczne). Należy dodać, iż niezależnie od składu chemicznego grupy to-

ksoforowej dla toksyczności całej cząsteczki posiada znaczenie położenia, które zajmuje w cząsteczce grupa toksoforowa (względnie auksotoks). Naprzykład z dwóch dwuchlordwuetylenosulfidów znamienne działanie posiada postać ββ (iperyt), którą zawiera chlor w końcu łańcucha; wówczas, gdy postać αα tego działania nie posiada. Różne działanie wykazują również optycznie czynne izomery z przeciwnym kierunkiem odchylenia płaszczyzny polaryzacji, przyczem zazwyczaj bardziej czynnym jest izomer lewoskrętny (adrenalina, hyoscyamina).

Prócz **bezpośredniego** działania na elementy komórkowe leki mogą wywierać działanie **pośrednie** na komórki zmieniając własności środowiska, w którem komórki się znajdują. Należy podkreślić, iż środowisko to (krew, limfa, płynna treść jam surowiczych) stanowi bardzo złożony roztwór koloidalny, zawierający szereg związków organicznych i nieorganicznych. Nadto powyższe środowisko posiada szereg właściwości fizykalno-chemicznych, których zmiana odbija się na stanie zawartych w tem środowisku komórkach. **Pośrednie** działanie leków poprzez środowisko, dotyczy między innemi leków moczopędnych, przeczyszczających, wód mineralnych, które wywierają wpływ na ciśnienie osmotyczne; prócz tego wchodzi tu w rachubę wpływ na energję powierzchniową w granicach faz, od czego zależy adsorbcja substansyj warunkujących zadziałanie na komórki; wreszcie doniosłe znaczenie posiada równowaga rozpuszczonych jonów, przyczem szczególnie należy uwzględnić stosunki $\frac{Ca}{K}$ i $\frac{Ca}{Na}$ oraz wzajemny stosunek OH i H (warunkujący pH) i wywierający rozstrzygający wpływ na łączenie się chemiczne białka komórkowego z szeregiem substancyj leczniczych, naprzykład alkaloidami. Zmiana wewnętrznych warunków środowiska wpływa również na stan rozmieszczenia (dyspersji) koloidów a tem samem działa na komórki zawarte w tem środowisku i na ich czynności życiowe. Dla prawidłowych czynności komórek konieczne jest utrzymanie warunków środowiska w pewnych pomyślnych dla organizmu granicach. To też organizm posiada cały szereg środków obrony przeciwko zakłóceniu tych warunków (jak naprzykład **systemy buforowe** zachowujące stosowne pH we krwi). W ten sposób leki, które zmieniają pH we krwi, działają na system buforowy, dzięki czemu zostają uruchomione te składniki tkankowe, które przed zakłóceniem równowagi były w rezerwie. Wynika stąd, iż skutek leczniczy szerzy się znacznie dalej od pierwotnego miejsca zadziałania — w danym wypadku krwi naprzykład utrata zasad przez ustrój przy długotrwałem stosowaniu soli glauberskiej, wskutek działania wytwarzającego się w jelitach $H^2 SO^4$.

Działanie fizjologiczne leków ujawnić się może bądź w pobudzeniu, bądź też w zahamowaniu czynności odnośnych komórek. Jeżeli zahamowanie czynności komórki jest nieodwracalne, wówczas następuje śmierć komórki. Nadto wynik działania leku zależy od szeregu warunków stosowania leku. Istotne znaczenie posiada w danym wypadku dawka (względnie

stężenie), przyczem wszystkie substancje w odpowiedniej dawce, zakłócając normalne warunki życia komórkowego, wywołują osłabienie lub porażenie komórek. Odwrotnie w małych dawkach i stężeniach liczne leki nawet wywołujące porażenia w dawkach średnich, działają pobudzająco (prawo Arndta — Schultza). Sprawa dolnych granic dawek, przy których leki mogą wywierać działanie na komórki nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniona. Niewątpliwie niektóre substancje, jak adrenalina, acetylcholina. akonityna wywierają działanie nawet przy stosowaniu bardzo małych dawek. Przynajmniej doświadczenia laboratoryjne na szczególnie czułych objektach wykazują odczyn przy rozcieńczeniach biljonowych i nawet tryljonowych. Stąd jednak jeszcze bardzo daleko do ogromnych rozcieńczeń homeopatycznych, których działanie zależy raczej od czynników sugestywnych.

Doniosłym czynnikiem wpływającym na własności leku jest faza ich działania. Według Krawkowa należy odróżniać 3 fazy:, 1) pobieranie, 2) nasycenie, 3) wyjście. Dla większości leków rozstrzygające znaczenie posiada faza nasycenia. Inne leki natomiast ujawniają szczególnie silne działanie w okresie pobierania (naprzykład adrenalina, muskaryna) lub wyjścia (według Krawkowa — kamfora). Skuteczność danego leku zależy wreszcie od trwania działania. Pod tym względem należy podzielić leki na grupy następujące: 1) kumulujące, 2) niekumulujące, 3) potencjalne.

Ad 1) Dla leków kumulujących jest ważna nietylko dawka pojedyńcza, lecz ogólna ilość (dosis totalis) pobranej substancji, chociażby w ciągu stosunkowo długiego okresu czasu. Dla substancyj gazowych tego typu miarodajny jest wzór Habera $W = ct$, gdzie W oznacza skutek działania, c — stężenie danej substancji w powietrzu, t — czas. Kumulujące (zbiorowe) działanie omawianych leków tłumaczy się w niektórych przypadkach (naprzykład leki nasercowe grupy digitalis) gromadzeniem się w ustroju danej substancji. W innych przypadkach wchodzi w rachubę sumowanie działania, gdy lek w miarę pobierania ulega rozkładowi i wydalaniu, natomiast pozostawia po sobie ślad w postaci upośledzenia komórek (naprzykład przy działaniu fosgenu).

Ad 2) Dla leków **niekumulujących** rozstrzygające znaczenie posiada dawka lub stężenie. Jeżeli dawki są małe lub stężenie niskie, wówczas działanie leku może trwać dowolnie długo, nie wywołując szkodliwych następstw ubocznych (względnie otrucia). Szkodliwe skutki występują dopiero wówczas, gdy stosuje się dawki lub stężenia powyżej odnośnego progu. Wzór określający działanie tych leków przedstawia się $W = (c-e)t$, gdzie W, c i t oznaczają to samo, co we wzorze poprzednim, zaś e jest to stężenie graniczne, poniżej którego nie osiąga się działania danego leku. Przykładem tej grupy jadów jest większość leków, w tej liczbie z substancyj gazowych kwas cjanowodorowy.

Ad 3) Substancje **potencjonalne** ujawniają swe działanie szczególnie silnie w chwili wejścia do ustroju. Wzór określający ich działanie jest na-

stępujący: $W = \frac{c}{t}$ wzór ten wskazuje, iż w każdej następnej chwili działanie słabnie. Przykładem leków tej grupy może służyć adrenalina.

Działanie leków ponadto zależy od warunków **zewnętrznych** jak t° i światło. Naprzykład środki napotne działają o wiele skuteczniej przy wysokiej t°, ponieważ działanie wysokiej ciepłoty sumuje się z działaniem leku. Niektóre leki działają silniej pod wpływem światła, co zostało udowodnione przez Tapplinera dla rozczynów chininy. Chinina jak również inne substancje fluoryzujące jest bardziej trującą dla paramecjów przy działaniu światła niż w ciemności.

Działanie danego leku zależy wreszcie od tego, czy lek ten został zastosowany oddzielnie, czy też w połączeniu (kombinacji) z innemi lekami. Wzajemne oddziaływanie leków ujawnić się może w **antagoniźmie** lub **synergji.** Zarówno antagonizm jak i synergja mogą być **bezpośrednie,** gdy obie substancje działają na te same elementy komórkowe, naprzykład przy mieszanem uśpieniu eterowo-chloroformowem. W innych razach **antagonizm i synergja** bywają **pośrednie** gdy punkty uchwytu łącznie stosowanych leków są odmienne. Przykładem pośredniej synergji może służyć kombinowane działanie moczopędne naparstnicy i liquor Kalii acetici, przy którem naparstnica działa na serce, zaś Kali aceticum — na nerki. Skutek działania kombinowanego substancyj synergicznych może polegać na zwykłem sumowaniu ich działań. Tak zwykle bywa przy synergji bezpośredniej. Przy synergji pośredniej ogólne działanie może przewyższyć sumę poszczególnych działań. Takie działanie nazywa się **spotęgowaniem** działania jednej substancji przez drugą.

Spotęgowanie działania wystąpić może również wówczas, gdy jedna spośród substancyj składowych nie posiada działania drugiej, naprzykład naczyniowo-zwężające działanie soli potasowych przy stosowaniu adrenalina + kokaina.

Wobec tego, iż działanie leku jest wynikiem wzajemnego oddziaływania leku i ustroju, jest zrozumiałym wpływ właściwości ustroju na skutek działania leku. Należy zaznaczyć, iż istnieją leki, które działają na każdą żywą zaródź (protoplazmę). Są to t. zw. jady protoplazmatyczne (naprzykład narkotyki szeregu tłuszczowego, niektóre ciężkie metale). Niekiedy mimo zastosowania danego jadu u różnych zwierząt i nawet roślin skutek działania jest podobny. Naprzykład utrata zdolności do ujawniania odczynów pod wpływem narkotyków spostrzega się nietylko u zwierząt, lecz również u roślin, które obdarzone są ruchami samoistnemi. Tak samo kwas cjanowodorowy obniża procesy utleniania zarówno u człowieka, jak i u zwierząt i roślin.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

R. Sabourand. **W sprawie niektórych nowszych dyskusyj naukowych.** (A propos de quelques débats scientifiques recents). La Presse Médicale Nr. 29. kwiecień 1936 r.

Zawsze istniały w nauce lekarskiej dwie tendencje sprzeczne. Dla wielu badaczy przebieg choroby jest zależny od właściwości chorego. Inni natomiast podkreślają wpływ warunków zewnętrznych na kształtowanie się chorób. W pierwszym wypadku lekarz uwzględnia wyłącznie właściwości organizmu. Rozstrzygają odczyny ustroju na urazy i zakażenia. Jeżeli ustrój zdoła się obronić, wówczas wychodzi zwycięsko z walki, w przeciwnym razie — ginie. Chory zgodnie z tem ujęciem, jest równocześnie jakgdyby teatrem i aktorem.

Zgodnie ze stanowiskiem przeciwnem choroba jest spowodowana przez czynniki zewnętrzne. Lekarz winien poznać owe czynniki zewnętrzne. Walka przeciwko czynnikom chorobotwórczym winna odbywać się bądź bezpośrednio, bądź w drodze wzmożenia obrony ustroju.

Lekarz myślący biologicznie niekiedy może niedocenić znaczenia drobnoustrojów, uwzględniając głównie rolę sił żywych, odczynów obronnych i odporności ustroju. W przeciwieństwie do stanowiska biologicznego mikrobiologja mniej udziela uwagi choremu, zaś głównie bada właściwości drobnoustrojów i ich zjadliwość, aby zastosować odpowiednie środki bakterjobójcze.

Zgodnie z powyższemi rozważaniami istnieją dwa dążenia sprzeczne w umyśle lekarskim: *ścisłość* i poczucie *tajemnicy* zjawisk chorobowych.

Dążenie do *ścisłości* sprawia, iż doszukujemy się bezpośredniej przyczyny zewnętrznej schorzenia: zatrucie pokarmowe, zakażenie.

Tajemnica zjawisk chorobowych polega na roli czynników dziedziczności, odczynów obronnych i odporności.

Często spostrzega się przypadki istotnie zastanawiające, gdy mimo wtargnięcia tego samego drobnoustroju przebieg sprawy chorobowej jest zupełnie odmienny. Dotyczy to zwłaszcza gruźlicy, która odznacza się ciężkim przebiegiem w warunkach życia miejskiego, zaś ta sama sprawa chorobowa ulega szybkiej poprawie w stosownych warunkach klimatycznych.

Nie jest rzeczą przypadku, iż Claude Bernarda przeciwstawia się Pasteurowi. Właśnie Claude Bernarde w poczuciu *tajemnicy* zjawisk życiowych zrozumiał cudowną złożoność czynności organizmu. Późniejsze badania ujawniły niezmiernie złożony przebieg zjawisk fizjologicznych, czego nawet w epoce Claude Bernarda nie można było sobie wyobrazić.

Pasteur w dążeniu do *ścisłości* nie zaprzeczał wprawdzie złożoności zjawisk, lecz doszukiwał się ich najbliższej bezpośredniej przyczyny. Oto są dwa odmienne dążenia umysłu, które są w jednakowym stopniu niezbędne dla rozwoju nauki.

Dawny spór o znaczeniu *drobnoustrojów i podłoża* jest wynikiem ścierania się omawianych dążeń.

Dla pomyślnego rozwoju nauk lekarskich konieczne jest uwzględnienie nakreślonych dróg rozwojowych, aby uniknąć błędów i sprostować mylne poglądy.

A. Strasser. **O leczeniu kombinowanem.** (Kombinationstherapie) Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 10, marzec 1936 r.

Leczenie kombinowane ma na celu nie tylko zadziałanie na objawy chorobowe, lecz również wywieranie wpływu na czynniki konstytucjonalne. Opisana metoda została opracowana przez licznych autorów (Bürgi, Trenpel, Führer, Ehrlich, Noorden). Leczenie kombinowane polega na stosowaniu leków, które działają na różne punkty uchwytu, przyczem skutek osiągnięty znacznie przewyższa zwykłe sumaryczne działanie. Przykładem leczenia kombinowanego jest metoda Trousseau stosowania środków przeczyszczających łącznie z belladonną. Z innych kombinacji leków należy wymienić: dodawanie kofeiny, morfina — skopulamina przed narkozą, chinina — antypiryna, chinina — fenacetyna, łączenie środków przeciwgorączkowych z lekami nasennemi, teobromina — papaweryna — luminal, digitalis — scilla — juniperus, cardiaca — diuretica.

Autor uzyskał bardzo korzystne wyniki w przebiegu dychawicy okrzelowej stosując jednocześnie metody fizykalne i środki farmakologiczne. W tym wypadku obok kąpieli cieplnych (Glühlichtbädern) podejmowanych co 2-gi dzień przez 12 — 18 minut chorzy otrzymywali jodek potasu (0,5 — 1 co wieczór na mleku) i calcium chloratum (co 2-gi dzień 5 — 10 cm^3 w dawkach wzrastających, ogółem 15 wstrzykiwań). Wyniki osiągnięte zależą od działania farmakodynamicznego i nie mogą być tłumaczone jako leczenie antyalergiczne.

W przypadkach colitis mucosa również uzyskano wyleczenie, stosując nasiadówki o t^0 35 — 40^0 wraz z artopiną-papaweryną. W ten sposób osiągnięto działanie przeciwkurczowe i przekrwienie.

W przebiegu zaparcia nawykowego leczenie kombinowane polegało na podawaniu ol. parafiini wraz z substancjami pęczniejącemi.

Zaburzenia w krążeniu poddają się leczeniu kombinowanemu, które składa się z kąpieli i masażu (usunięcie zastoju w obrębie naczyń włosowatych) oraz naparstnicy z eufiliną.

Pomyślne wyniki zanotowano również w leczeniu rozedmy. W tym wypadku stosowano kąpiele, jod i gimnastykę oddechową ,przyczem należało starannie zapobiec wystąpieniu niedomogi krążenia.

Przy nerwobólach i zapaleniach nerwów są bardzo skuteczne metody fizykalne w połączeniu z podawaniem środków przeciwbólowych. W leczeniu schorzeń gośćcowych wskazane jest początkowe uruchomienie ustroju zapomocą terapji białkowej (Proteinkörpetherapie), zaś później podjąć należy energiczne leczenie kąpielami i podawanie środków farmakologicznych (atofan - piramidon).

Bardzo celowe jest jednoczesne stosowanie różnych czynników fizykalnych (ciepło + elektryczność, okłady borowinowe + elektryczność).

W leczeniu migreny i bezsenności omawiana metoda polega na kombinowaniu zabiegów wodoleczniczych z bromem i luminalem. Jednocześnie doniosłe znaczenie posiada dieta małosolna.

Powyżej przytoczone szczegóły są to nieliczne przykłady leczenia kombinowanego. Dokładna znajomość poszczególnego przypadku i należyta ocena oddzielnych objawów chorobowych umożliwi każdorazowo zastosowanie odpowiedniej odmiany leczenia kombinowanego.

A. Evers. **Podstawowe wiadomości o leczeniu kąpielami i borowinami.** (Grundsätzliches zur Bäder und Moorbehandlung). Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1935 r.

Pogłębienie wiadomości o leczeniu zdrojowem jest niezbędne dla lekarza - praktyka. Źródła należy dzielić na podstawie składników gazowych i związków jonowych. Działanie kąpieli jest uwarunkowane czynnikami fizykalnemi i chemicznemi. Działanie cieplne i mechaniczne nie wymaga szczególnego tłumaczenia, natomiast nie jest ostatecznie opracowana sprawa swoistego działania soli na skórę. W następstwie kąpieli odbywają się w skórze przemiany chemiczne, które wywierają działanie na cały ustrój jako bodziec nieswoisty. Dotyczy to kąpieli siarkowych, radowych i kwasowęglowych. Kąpiele błotne i borowinowe wywierają działanie podobne do wymienionych. Wskutek wysokiego cieżaru właściwego kąpiele borowinowe wywierają szczególne działanie miejscowe i ogólne. Podczas picia wód mineralnych obok działania na narządy wydzielnicze stwierdza się ogólne działanie w sensie przestrojenia (Transmineralisation). W leczeniu zdrojowem doniosłe znaczenie posiadają pomocnicze zarządzenia fizykalne i dietetyczne a zwłaszcza wpływy psychiczne. Do leczenia zdrojowego nadają się przewlekłe schorzenia gośćcowe, zaburzenia krążenia, schorzenia dróg oddechowych, narządu moczo-płciowego i narządu pokarmowego. Bardzo korzystne są wczesne kuracje. Leczenie zdrojowe winno odbywać się pod kierunkiem lekarza i trwać dostatecznie długo. Zbyt krótkotrwałe kąpiele nie mają wartości. Lekarz domowy ma w tej mierze do spełnienia poważne zadania w sensie ustalenia wskazań i leczenia następowego.

W. Berger. **Możliwości zapobiegania grypie.** (Möglichkeiten der Grippeprophylaxe). Therapie der Gegenwart Nr. 11, 1935.

W dziedzinie obrony przed grypą pozostaje wiele do zdziałania.

W chwili obecnej nie powinno się w tej mierze być bezczynnym zarówno pod względem zapobiegania osobistego, jak i zbiorowego. Mimo, iż sprawa zarazków grypy nie została dostatecznie wyjaśniona, jednak systematyczne stosowanie środków zapobiegawczych może być bardzo skuteczne. Doniosłe znaczenie pod tym względem posiadają: podawanie chininy, używanie maski muślinowej, zakaz odwiedzin i odosobnienie chorych. Powyższe zarządzenia mogą z dużem prawdopodobieństwem powstrzymać szerzenie się epidemji grypy wśród większych skupień ludności (szpitale, koszary, internaty). Szczególnie wskazane jest stosowanie chininy, która posiada podwójne znaczenie. Przedewszystkiem chinina chroni przed grypą, zaś w razie zachorowania łagodzi przebieg tej choroby. Chininę należy podawać podczas śniadania i obiadu 0,25 — 0,5 dziennie.

J. Lellich. **Sztuczny oddech zapomocą przyrządu „Biomotor".** (Künstliche Atmung mit dem Biomotor). Therapie der Gegenwart Nr. 11, 1935 r.

Przyrząd „Biomotor" swojem działaniem naśladuje sztuczny oddech, podejmowany zapomocą zabiegów ręcznych. Aparat składa się z mankietu połączonego z motorem ssąco-tłoczącym. Po nałożeniu mankietu na brzuch i włączeniu motoru osiąga się naprzemian ucisk i odprężenie w zakresie powłok brzusznych. W ten sposób uzyskuje się ruchy wdechowe i wydechowe przepony. Wymieniony aparat może oddać duże usługi w przypadkach ustania oddechu przy nienaruszonem sercu. W przytoczonych 2-ch przypadkach poliomyelitis wystąpiło porażenie mięśni oddechowych. U tych chorych zastosowano oddech sztuczny zapomocą aparatu „Biomotor" przez 54 godziny. Dzięki opisanej metodzie ustąpiły sinica i duszność, co pozwoliło choremu przebyć niebezpieczny okres porażenia oddechu. W innym przypadku porażenia oddechu na tle krwawienia z nowotworu mózgu udało się chorego utrzymać przy życiu przez 6 godzin. W tym przypadku znikły wszelkie objawy zaburzeń oddechowych, dopiero ustanie czynności serca spowodowało zgon. Liczni autorzy potwierdzili skuteczność działania wymienionego aparatu. Szczególnie pomyślne działanie przyrządu „Biomotor" uzyskano w przebiegu powikłanego zapalenia płuc, gdy stwierdzono zatrzymanie się oddechu. Dzięki przyrządowi „Biomotor" zdołano przez dłuższy czas utrzymać prawidłową czynność oddechową, co byłoby niemożliwe przy stosowaniu zabiegów ręcznych.

E. Baumann. **O złośliwem zapaleniu wsierdzia.** (Ueber endocarditis enta). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 13, marzec 1936 r.

Autor donosi o 43 przypadkach złośliwego zapalenia wsierdzia, spostrzeganego w latach od 1919 — 1935. Rozpoznanie w omawianych przypadkach zostało ustalone na podstawie stwierdzenia we krwi streptococus viridans. Wynika stąd, iż rozpoznanie endocarditis lenta było bezwzględnie dokładne.

Początkowe objawy choroby . Najczęściej stwierdzano zapalenie wielostawowe. We wielu przypadkach występowały angina, wady serca i niedomagania sercowe. W dwóch przypadkach sprawa chorobowa rozwinęła się po operacji wycięcia migdałków. W jednym przypadku okresowo zjawiała się nieprawidłowa gorączka bez innych dolegliwości, przyczem w rozpoznaniu różniczkowem wchodziły w rachubę gruźlica lub choroba Banga. W innym przypadku nie było żadnych objawów podmiotowych.

Objawy. Najczęściej chorzy uskarżali się na bicie serca, często w postaci napadów, duszność, zawroty głowy, wzniesienia ciepłoty do 39°, bóle stawowe i ogólne wyczerpanie. W 5-ciu przypadkach początkowo mylnie rozpoznano zator mózgowy. W innych przypadkach chorzy nie wykazywali żadnych niedomagań.

Trudności rozpoznawcze. W okresie początkowym u kilku chorych nie stwierdzono zmian w obrębie serca. Dopiero w dalszym przebiegu występowały szmery nad ujściami.

Badanie krwi. Pierwsze badanie bakterjologiczne (hodowla) krwi rzadko wypadało dodatnio. Przeważnie konieczne było wielokrotne wykonanie hodowli z krwi, aby wreszcie wykryć streptococcus viridans. W jednym przypadku można było ujawnić zarazek endocarditis lenta dopiero podczas badania pośmiertnego na jałowo pobranej krwi z serca.

Brak zmian w obrębie serca i wielokrotne jałowe posiewy krwi nie pozwalają wykluczyć endocarditis lenta.

Trwanie, powikłania i przyczyna śmierci. Przeciętnie sprawa chorobowa trwała 3 — 5 miesięcy, w rzadkich przypadkach dłużej. W jednym przypadku zejście śmiertelne nastąpiło po 8 tygodniach. Jako powikłania wchodzą w rachubę: zatory naczyń mózgowych, płucnych, wieńcowych, w obrębie kończyn i siatkówki. Najczęstsze przyczyny śmierci są zatory i niedomoga krążenia.

Leczenie. Stosowano wszystkie zalecane środki, jednak bezskutecznie. Przemijające działanie na streptococcus viridans można uzyskać za pomocą neosalwarsanu. W jednym przypadku endocarditis lenta rozpoznanym na podstawie wielokrotnego stwierdzenia streptococcus viridans osiągnięto wyleczenie.

J. A. Chorany. **Porażenie połowicze u chorych sercowych.** (L'hémiplégie cardiaques) La Presse Médicale Nr. 29, Kwiecień 1936 r.

Porażenie połowicze jest dość częstem powikłaniem w przebiegu chorób serca. Większość badaczy podaje jako przyczynę porażenia połowiczego *zator*. Jest to czop włóknikowy, który odrywa się od zastawki dwudzielnej dotkniętej zakaźnem zapaleniem wsierdzia. Nie zawsze w następstwie zaczopowania tętnicy Sylwjusza przez zator dochodzi do martwicy tkanki mózgowej. Niekiedy zjawiska porażenia są przemijające. W tych razach zatory są drobne, przyczem zatkanie tętnic mózgowych

jest częściowe. W tych razach wchodzi w rachubę również stan *kurczowy* naczyń. Autor podkreśla znaczenie zupełnie odmiennego mechanizmu porażenia połowiczego: niedokrwienie (l'ischémie). W ten sposób porażenie połowicze jest istotnym objawem niedomogi krążeniowej sercowo-mózgowej. Niedokrwienie nie zostało wywołane w tych wypadkach przez zatkanie organiczne lub czynnościowe naczyń mózgowych, lecz wynika z zaburzeń krążenia w obrębie mózgu i obniżenia ciśnienia krwi. Zgodnie z powyższym mechanizmem niedokrwienia tętnic mózgowych ogniska rozmiękczenia wystąpić mogą obustronnie w postaci licznych drobnych rozsianych punktów.

W tych przypadkach, gdy porażenie połowicze jest wywołane przez *zator*, należy zachować ostrożność w stosowaniu środków nasercowych, raczej są wskazane leki przeciwkurczowe i naczyniorozszerzające: trinitrina, benzoat benzylu, gardenal, acetylcholina. Leki te sprzyjają przywróceniu prawidłowych warunków krążenia.

Gdy istnieje przypuszczenie, iż niedokrwienie mózgowe zostało wywołane przez obniżenie ciśnienia, wówczas krwioupust jest bezużyteczny, a nawet pociągnąć może za sobą groźne następstwa. Konieczne jest w tych razach pobudzenie czynności serca. Skutecznie działają w tych przypadkach: digitalina, ouabaina, kofeina.

W. Schultz. **O skazach krwotocznych** (Über hämorrhagische Diathesen) Zeitschrift fürärztliche Fortbildung Nr. 7, Kwiecień 1936 r.

Skazy krwotoczne należy podzielić na awitaminozy (gnilec, choroba Möller-Barlowa), krwawiączkę (haemophilia) i plamice (purpura).

Obraz chorobowy przy awitaminozach charakteryzuje się zapaleniem dziąseł, krwawieniami w obrębie skóry i mięśni, nadto u osobników młodych występują zmiany w zakresie kośćca. Krwawienia są umiejscowione zwłaszcza na kończynach dolnych w okolicy mieszków włosowych. Krwawienia są spowodowane uszkodzeniem naczyń na tle zaburzeń przemiany materji. Podobny obraz stwierdza się w przebiegu choroby Möller-Barlowa, którą spostrzega się u dzieci na tle wadliwego odżywiania. Leczenie obu tych schorzeń polega na podawaniu witamin jak cytryny, pomarańcze, pomidory, zaś u dzieci — wskazane jest mleko surowe.

Krwawiączka często występuje rodzinnie, przyczem chorują wyłącznie mężczyźni, którzy jednak nie przenoszą choroby na potomstwo. W przeciwieństwie do mężczyzn kobiety pozostają zdrowe, jednak przenoszą chorobę tę na synów, zaś córki pozostając zdrowemi również mogą przenieść chorobę tę na potomstwo.

Rozpoznanie krwawiączki opiera się na zachowaniu krzepliwości krwi. Czas krzepnienia jest znacznie zwolniony, jednak okoliczność ta nie tłumaczy dostatecznie zjawisk chorobowych. Jest rzeczą możliwą, iż wchodzą tu również w rachubę uszkodzenia ścianki naczyniowej. Celem

zapobiegania krwawiączce należałoby zabronić małżeństwa kobietom pochodzącym z rodzin, dotkniętych krwawiączką.

Określenie poszczególnych postaci purpura napotyka na znaczne trudności. Obecnie należy przyjąć następujący podział omawianych schorzeń.

A. Purpura symptomatica: 1) Przypadki z rozlanem uszkodzeniem naczyń i zmniejszeniem ilości płytek krwi. 2) Przypadki z umiejscowionem uszkodzeniem naczyń bez zmniejszenia liczby płytek.

B. Purpura idiopathica: 1) Morbus Werlhofi (thombopenia essentialis), 2) Purpura Schönlein-Henoch (purpura essentialis athrombopenica).

Przyczyną plamicy są przeważnie uszkodzenia naczyń. Uszkodzenie naczyń oznacza się nazwą haemangiosis. W warunkach normalnych po przecięciu naczyń małego kalibru uszkodzone naczynia kurczą się i sąsiednie naczynia odprowadzają krew od miejsca uszkodzonego. W przebiegu choroby Werlhofa mechanizm ten ulega upośledzeniu. Jest rzeczą możliwą, iż dla zachowania całości (Intaktheit) naczyń, konieczna jest obecność dostatecznej ilości płytek.

W leczeniu purpura zadziałanie na proces krzepnienia jest prawie niemożliwe. Przedewszystkiem należy uwzględnić czynniki etjologiczne. Przy niepowstrzymanych krwotokach zewnętrznych skutecznie działają przetaczanie krwi, wstrzykiwania surowicy wprost do miejsc krwawiących. Skuteczne są nadto wstrzykiwania 10% rozczynów soli w ilości 5 — 10 cm^3. Niekiedy adrenalina wywiera pomyślny wpływ na zaburzenia mechanizmu tamowania krwawień. W przypadkach krwawień około-zębowych stosuje się odnośne protezy. Podawanie środków narkotycznych jest czasem niezbędne i korzystne.

PEDJATRJA.

J. Siegl. **Bóle brzuszne w wieku dziecięcym.** (Abdominelle Schmerzzustände in Kindesalter). Die ärztliche Praxis Nr. 3, marzec 1936 r.

Doświadczenie uzyskane z spostrzeżeń nad bólami brzusznemi u dorosłych nie może być miarodajne dla dzieci. U dzieci nie wchodzą w rachubę wrzód żołądka i dwunastnicy, schorzenia pęcherzyka żółciowego, cierpienia narządów rodnych kobiecych. Z drugiej strony u dzieci często spostrzega się ostro występujące napady bólów brzucha, które podobne są do obrazu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W tych razach rozpoznanie rozstrzyga o życiu dziecka. Nadto u dzieci bóle brzucha przebiegają często niecharakterystycznie i nie wskazują na dotknięty narząd.

Bóle występujące przy ucisku powłok brzusznych posiadają większe znaczenie rozpoznawcze niż bóle samoistne,.

Palpacja i ucisk na powłoki brzuszne winny być poprzedzone dokładnemi oględzinami i oceną stanu ogólnego. Należy zwrócić uwagę na uło-

żenie dziecka, na ustawienie kończyn, na zachowanie się oddechu, wysklepienie brzucha. Oddychanie brzuszne ulega ograniczeniu przez sprawy otrzewnowe. W przebiegu ograniczonego zapalenia otrzewny przy zapaleniu wyrostka robaczkowego ograniczenie ruchów oddechowych dotyczy prawego dolnego kwadrantu. W miarę narastania zapalenia otrzewny oddech brzuszny ulega coraz większemu ograniczeniu. Po oględzinach przystąpić można od badania palpacyjnego, które winno być wykonane bardzo łagodnie. O bolesności sądzić można jedynie na podstawie wyrazu twarzy i odczynów obronnych. Obronę mięśniową (défense musculaire) należy ściśle odróżnić od naturalnego napięcia mięśniowego.

Trudna jest prawidłowa ocena przeczulicy skóry. Przeczulica pewnego odcinka powłok brzusznych może być trzewno-czuciowym odruchem przy zapalnem schorzeniu otrzewny. Jednak przeczulica tylko wówczas posiada wartość rozpoznawczą, jeżeli jednocześnie można wywołać odpowiedni głębszy ból uciskowy. Podczas badania jest rzeczą konieczną całkowite odwrócenie uwagi dziecka i krytyczne ustosunkowanie się do uzyskanych danych.

Bolesność przy badaniu opukowem posiada również odniosłe znaczenie rozpoznawcze.

Do objawów wskazujących na proces zapalny w brzuchu należy również brak odruchów brzusznych, które normalnie u osób młodocianych są bardzo żywe. W przebiegu bólów podobnych do obrazu zapalenia wyrostka robaczkowego brak różnicy w zachowaniu sią odruchów brzusznych po obu stronach stanowi ważną oznakę przemawiającą przeciwko zapaleniu wyrostka robaczkowego. Przy ocenie odruchów brzusznych, napięcia mięśniówego powłok brzusznych i oddechu brzusznego, konieczne jest wykluczenie możliwości spraw zapalnych w powłokach brzusznych.

Bóle prawej nogi przy wsiadaniu i chodzeniu, zgięte ustawienie prawej nogi świadczą o schorzeniu miednicy małej, wychodzącem z wyrostka robaczkowego.

Po badaniu palpacyjnem i opukowem należy przeprowadzić badanie doodbytnicze, aby nie przeoczyć zapalenia w obrębie miednicy.

Wreszcie konieczne jest badanie ogólne, dotyczące wymiotów, własności stolca, ciepłoty, tętna, płuc, serca, układu nerwowego, gardła i moczu.

Odrębnego omówienia wymagają bóle brzucha u niemowląt. Bóle brzucha u niemowląt ujawniają się krzykiem, przyczem niemowlę przyciąga nóżki do brzucha.

Bóle brzucha u niemowląt wystąpić mogą na tle niestrawności, nieżytów żołądkowo-jelitowych i stanów kurczowych odwiernika. Objawy towarzyszące prowadzą do ustalenia rozpoznania. Bóle brzucha z objawami zaburzeń jelitowych powstają niekiedy przy ostrem zapaleniu miedniczek i pęcherza. Przy omawianem schorzeniu przeczulica skóry umiejscawia się w prawem podbrzuszu, wskutek czego mylnie rozpoznać można zapalenie wyrostka robaczkowego. W tych razach żółtawo-szara bladość twarzy

wskazuje na schorzenie dróg moczowych. Ostatecznie badanie moczu prowadzi do właściwego rozpoznania.

Jeżeli silnym bólom towarzyszą stawianie się jelit i wzdęcia, wówczas należy myśleć o niedrożności: Wchodzą tu w rachubę **uwięzienie przepukliny** (przeważnie pachwinowej) i *wgłobienie.*

Wyimoty, zaparcie i stan zapaści świadczą o wgłobieniu. Stolce przy wgłobieniu są krwisto-śluzowe. Gdy występują obfite stolce krwisto- śluzowe, obraz chorobowy może być podobny do czerwonki. Rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania wgłobienia posiada stwierdzenie guza w miejscu wgłobienia. Często guz ten wykryć można łatwiej wzrokiem niż badaniem palpacyjnem. Jeżeli wgłobienie jest umiejscowione po stronie prawej, wówczas niekiedy trudno sprawę odróżnić od zapalenia wyrostka robaczkowego. Gorączka i brak krwistych stolców przemawiają w tych razach przeciwko wgłobieniu. Zresztą zapalenie wyrostka robaczkowego występuje rzadko u niemowląt.

Znaczne trundości nastręcza rozpoznanie przemijającej niedrożności jelit. W tych razach napady bólów, widoczna peristaltyka i wzdęcia są w większym stopniu zaznaczone niż w przebiegu enteritis. Zaleganie kału przy chorobie Hirschprunga powoduje niekiedy występowanie napadów poronnej niedrożności. Często w tym wypadku można stwierdzić plastyczny guz kałowy.

Zapalenie otrzewny jest stosunkowo rzadkie u niemowląt. Sprawa ta nie jest spowodowana przez zapalenie wyrostka robaczkowego, lecz rozwija się na tle zakażeń pępkowych, grypowego zapalenia otrzewny, ciężkich nieżytów jelitowych i pneumokokkowego zapalenia otrzewny.

Rozpoznanie bólów brzucha u dzieci powyżej 1 roku jest trudne, gdyż zawsze istnieje możliwość zapalenia wyrostka robaczkowego. Niekiedy schorzenie wyrostka powoduje bóle w okolicy pępka, przy niskiem usadowieniu wyrostka występują bóle pęcherza i parcie na stolce. Często mimo trwania sprawy chorobowej bóle mogą ustąpić.

Zaparcie stolca nie zawsze towarzyszy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Często występuje biegunka, zaś przy niskiem usadowieniu wyrostka — parcie na stolce, wskutek czego mylnie rozpoznać można czerwonkę.

Różniczkowanie zapalenia wyrostka robaczkowego wobec duru jest niekiedy trudne. W tym wypadku rozstrzyga badanie morfologiczne krwi.

Niekiedy ropomocz powoduje bóle podobne do bólów przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Badanie moczu rozstrzyga o rozpoznaniu.

Gruźlica gruczołów krezkowych niekiedy odznacza się przebiegiem utajonym, przyczem występują ostre napady bólów podobnych do bólów przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Obecność wysięku przy braku ogólnych objawów zapalenia otrzewny świadczy w tych razach o gruźlicy gruczołów krezkowych.

NEUROLOGJA I PSYCHJATRJA.

H. Schaeffer. **O współczesnem leczeniu otępienia wczesnego** (De quelques traitements modernes de la démence précoce). La Presse Médicale Nr. 30, kwiecień 1936 r.

Śród współczesnych metod leczenia otępienia wczesnego najwięcej stosuje się hipertermję siarkową łącznie z wstrzykiwaniami soli złota. Hipertermja siarkowa polega na stosowaniu sulfozyny (sulfosine) w dawkach wzrastających od 1 cm.^{3} w odstępach 5 — 8 dni. Serja wstrzykiwań składa się z 6 — 12 wstrzykiwań, poczem po stosownej pauzie leczenie można ponowić. Jednocześnie wstrzykuje się sole złota w przerwach między wstrzykiwaniami siarki. Ogólna ilość wstrzykiwań złota wynosi 9. Pierwszy raz podaje się złoto 2 — 3 dni po wstrzykiwaniu sulfozyny,, następne wstrzykiwanie uskutecznia się 2 — 3 dni po stosowaniu soli złota.

Wyniki opisanej metody nie zawsze są jednakowe u różnych autorów. Mimo to badanie poszczególnych przypadków oraz dane statystyczne niewątpliwie świadczą o pomyślnym działaniu siarki i złota. Stwierdzone przypadki poprawy i wyleczenia nie są zwykłym zbiegiem okoliczności. Liczba wyleczonych znacznie przekracza odsetek przypadków samoistnej poprawy w przebiegu otępienia wczesnego.

Podstawowemi warunkami pomyślnego wyniku leczenia są wczesne podjęcie omawianej metody i ostry przebieg schorzenia. Jednak uzyskano poprawę również w przypadkach zadawnionych i różnych odmianach otępienia wczesnego.

Leczenie siarką i złotem (sulfochrysothérapie) wywołuje w ustroju odczyny miejscowe i ogólne oraz odczyny fizykalne i biologiczne, które dają możność do pewnego stopnia przewidzieć wyniki leczenia. Są to głębokie odczyny, które świadczą o obudzeniu się sił obronnych ustroju. Mechanizm działania tych sił nie jest dostatecznie wyjaśniony i pozostaje przedmiotem różnych hipotez. Powyższe odczyny niezbicie świadczą o postępie metod biologicznych w psychjatrji.

CHIRURGJA.

J. Schmitzler. **Przygotowanie i leczenie wstępne przed operacjami.** (Vorbereitung und Vorbehandlung vor Operationen) Die ärztliche Praxis Nr. 3, marzec 1936 r.

Nie zawsze możliwem jest podjęcie leczenia wstępnego zwłaszcza w przypadkach nagłych operacyj, natomiast przygotowanie do zabiegu jest bezwzględnie konieczne, aby uniknąć groźnych powikłań. Przygotowanie do zabiegu może rostrzygać o życiu chorego. W przypadku operacji spowodu niedrożności jelit konieczne jest uprzednie opróżnienie żołądka, w przeciwnym razie podczas operacji treść żołądkowa przedostaje się do dróg oddechowych, powodując śmierć chorego z uduszenia. Tak samo może wywiązać się śmiertelne zachłystowe zapalenie płuc. W innych przypad-

kach jest rzeczą konieczną podniesienie sprawności serca przed operacją. W tym celu stosuje się bądź analeptica, bądź też w razie niedostatecznego wypełnienia układu krążenia wstrzykiwania rozczynu soli fizjologicznej lub przetaczanie krwi. Przetaczanie krwi jest konieczne zwłaszcza w przypadkach po znacznych krwotokach. W dużym stopniu dzięki stosowaniu przetaczania krwi obecnie osiąga się lepsze wyniki po operacjach wrzodu żołądka.

Podawanie środków przeczyszczających przed operacjami brzusznemi obecnie zostało zaniechane, gdyż w ten sposób niepotrzebnie wywoływano upadek sił u chorych.

Stosowanie naparstnicy w okresie przedoperacyjnym u chorych bez zmian w obrębie serca jest zupełnie zbędne. Inaczej sprawa przedstawia się w przypadku objawów ostrej niedomogi krążenia. Zwłaszcza dotyczy to zabiegu operacyjnego w czasie toksyczno-zakaźnego schorzenia jak naprzykład ropniak w przebiegu zapalenia płuc. Niekiedy poprawa krążenia zostaje osiągnięta zapomocą stosownego zabiegu operacyjnego. Dotyczy to przypadku zapalenia osierdzia. Niedomoga krążenia spowodowana wysiękiem osierdziowym winna być leczona nie w drodze farmakologicznej, lecz operacyjnem opróżnieniu worka osierdziowego. W przebegu zarostowego zapalenia operacyjnego właściwa operacja usunięcia zrostów winna być poprzedzona przez leczenie wstępne, polegające na opróżnieniu przesięku w jamie opłucny i w jamie brzusznej.

Leczenie wstępne jest konieczne w przypadkach znacznego upośledzenia stanu odżywiania chorych. Pod tym względem zachodzi niekiedy rozbieżność zdań śród internistów i chirurgów. Naprzykład w przypadku zwężenia odźwiernika ze znacznem wycieńczeniem chorego w myśl wskazań internistycznych należałaby stosować lawatywy odżywcze, wstrzykiwania rozczynów cukru gronowego, aby poprawić ogólny stan chorego. Tymczasem w tym wypadku bardziej skutecznem jest wykonanie jejunostomji, która stanowi najbardziej celową operację wstępną dla poprawy stanu chorego.

Liczni lekarze uważają okres zaostrzenia objawów zapalnych za przeciwwskazanie do operacji. Autor nie podziela powyższego stanowiska. Naprzykład zaostrzenie objawów zapalnych w przebiegu zapalenia woreczka żółciowego nie powinno być powodem do odroczenia operacji.

Inaczej sprawa przedstawia się przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Jeżeli minął okres odpowiedni dla wczesnej operacji i wytworzył się wysięk, wówczas wskazane jest leczenie zachowawcze wysięku, aby dopiero po pewnym czasie podjąć operację doszczętną.

Ogólne otłuszczenie wymaga stosownego ostrożnego leczenia odchudzającego przed zabiegiem operacyjnem.

W przebiegu cukrzycy w razie nagłych wskazań operacyjnych wskazane jest przygotowanie chorego przez podawanie insuliny. Gdy jednak sprawa nie jest nagła, pożądane jest leczenie dietetyczne.

Szczególnego leczenia wstępnego wymagają operacje chorych z **żółtaczką**. Sprawa ta jest niezmiernie ważna w związku ze wzmożoną skłonnością do krwawień. Jeżeli w przebiegu żółtaczki operacja jest wskazana, wówczas nie należy czekać dłużej niż 3 — 4 tygodnie od początku wystąpienia żółtaczki. Aby obniżyć skłonność do krwawień stosuje się wsrtzykiwania wapnia, żelatyny, ostatnio w tym celu podaje się witaminy, wreszcie skuteczne są pod tym względem naświetlania lampą kwarcową. Niezawodnym środkiem zapobiegawczym w tej mierze są przetaczania krwi. Toteż obecnie obowiązuje zasada, iż przed operacją w przebiegu żółtaczki, która trwa 2 — 3 tygodnie, wskazane jest przetaczanie krwi.

Przy operacyjnem leczeniu choroby Basedowa ostatnio obowiązuje wstępne leczenie zapomocą małych dawek jodu. Amerykańscy autorzy udowodnili, iż niebezpieczeństwa okresu pooperacyjnego w ten sposób zmniejszyły się wydatnie.

Liczne usiłowania podjęto w ostatnich latach, aby zapobiec zakażeniom w następstwie operacyj okolic, w których usadowione są zarazki. W tym celu stosowano surowice, leczenie bodźcowe, naświetlania rentgenem.

Niekiedy przygotowanie do operacji polega na wykonaniu operacji wstępnej (przetoka pęcherzowa przed wycięciem stercza).

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

E. Tscherne. **Rozpoznanie i leczenie niepłodności.** (Diagnose und Therapie der weiblichen Sterilität) Die ärztliche Praxis Nr. 3, marzec 1936 r.

Leczenie niepłodności należy podjąć dopiero po 2 — 3 latach trwania małżeństwa. Przed upływem wymienionego czasu wystarczy ograniczyć się do wskazówek co do okresu najpomyślniejszego do zapłodnienia (Konzeptions-optimum). Okres ten przypada na 12 — 14 dzień cyklu międzymiesiączkowego.

W ⅓ przypadków niepłodność jest spowodowana przez azoospermję męża w następstwie przebytej rzeżączki. Wynika stąd konieczność każdorazowego badania nasienia w przypadkach niepłodności. Jeżeli w nasieniu brak ruchomych plemników, wówczas badanie i leczenie kobiety jest zbędne.

Najczęstszą przyczyną niepłodności są **dziecięce narządy rodne** kobiece: mała przodozgięta pod ostrym kątem macica z podłużną cienką szyjką. Niepłodność jest spowodowana nie przez małe rozmiary macicy, lecz przez niedorozwój jajników. Leczenie polega na wywołaniu przekrwienia jajników zapomocą diatermji oraz na stosowaniu hormonów przedniego płata przysadki i jajnika. Celem pobudzenia czynności jajnika i wzmożenia wzrostu macicy niezbędne są o wiele większe dawki hormonów niż przyjęto dotychczas. Hormon pęcherzykowy winien być podawany w wysokiem

stężeniu 50.000 — 100.000 j. m. w 1 cm^3. Wymienione leczenie jest bardzo kosztowne.

Dziecięcym narządom kobiecym często towarzyszy zwężenie ujścia zewnętrznego. Kobiety te w wywiadzie podają dotkliwe dolegliwości miesiączkowe (dysmenorrhoe).

W zasadzie wąskie ujście zewnętrzne nie powinno stanowić przeszkody do zapłodnienia, jeżeli wziąć pod uwagę, iż wielkość plennika jest dwukrotnie mniejsza od wielkości czerwonej krwinki. Toteż znane są przypadki zajścia w ciążę mimo zwężenia ujścia zewnętrznego.

Jednak znane są liczne przypadki wyleczenia niepłodności po nacięciu i rozszerzeniu ujścia zewnętrznego. Wąskie ujście jako takie nie stanowi przeszkody do zapłodnienia, lecz czop śluzowy w ujściu tem spowodu utrudnienia odpływu jest bardziej lepki i spoisty, co hamuje ruchy plemników. Znane są przypadki, gdy po jednorazowem zgłębnikowaniu szyjki niepłodność ustąpiła.

Przy **tyłozgięciu** niepłodność jest uwarunkowana przemieszczeniem ujścia macicy ku przodowi, co utrudnia dostęp plemników do macicy. Nadto w tym wypadku współistnieją zagięcia jajowodów. Niekiedy osiągnąć można pomyślny wynik po coitus w położeniu kolankowo - łokciowem. W razie bezskuteczności powyższej metody wskazane jest operacyjne wyprostowanie macicy.

Mięśniaki macicy wymagają t. zw. zachowawczej operacji mięśniaków z utrzymaniem całości macicy.

Najczęstszą przyczyną niepłodności jest **niedrożność jajowodów**. Niedrożność jajowodów jest spowodowana przez zmiany zapalne, zrosty i zgięcia jajowodów. Jako czynniki etjologiczne wchodzą w rachubę rzeżączka i sztuczne poronienia. W następstwie rzeżączki stwierdza się przeważnie niedrożność obustronną, poronień — jednostronną. W rzadkich przypadkach wysięk włóknikowy w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego wywołać może w jamie Douglasa zrosty, które prowadzą do niedrożności jajowodów.

Przedmuchiwanie jajowodów i salpingographia mogą spowodować zakażenie. Badanie te są dozwolone po uprzedniem sprawdzeniu rozmazu wydzieliny i wykonaniu odczynu opadania krwinek.

Salpingographia daje możność dokładnego umiejscowienia niedrożności. Korzystne wyniki osiągnięto po usunięciu zrostów dokoła jajowodów. W przypadkach zmian zapalnych w świetle jajowodów leczenie operacyjne pozostaje bezskuteczne, gdyż zmiany zapalne śluzówki mimo przywróconej drożności uniemożliwiają wędrówkę komórki jajowej.

Należy podkreślić, iż nieodzownym, warunkiem zapłodnienia jest prawidłowa przemiana podstawowa. Dlategoteż nadczynność tarczycy względnie obniżona czynność (mixoedema) wymagają stosownego leczenia.

Kiła i cukrzyca niekiedy stanowią przyczynę niepłodności. Stąd wynika konieczność podjęcia badania odczynu Wassermanna i badań w kierunku cukrzycy.

Naogół salpingografja stanowi znaczny postęp w rozpoznaniu niepłodności, jednak ze względu na różnorodne przyczyny ustalenie właściwego rozpoznania jest bardzo trudne. Im więcej możliwości uwzględnia się przy badaniu, tem prawdopodobniejszą jest możliwość ustalenia prawidłowego rozpoznania i podjęcia skutecznego leczenia.

DERMATOLOGJA I WENEROLOGJA.

S. Stümpke. **Praktyczne znaczenie odczynu Herxheimera.** (Welche praktische Bedeutung kommt der Herxheimerischen Reaktion zu). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 7, kwiecien 1936 r.

Odczyn Herxheimera jest spowodowany przez rozpad krętków. Stosowanie salwarsanu i innych metod leczniczych wywołuje rozpad ognisk skupienia krętków wskórze i narządach wewnętrznych. Wywiązujące się przy opisanym procesie endotoksyny powodują zaostrzenie zmian kiłowych i niekiedy stany gorączkowe.

Odczyn Herxheimera należy odróżnić od osutek salwarsanowych i lekowych (Hg, Bi). Osutki lekowe są wywołane przez nadwrażliwość skóry względem odnośnych leków, przyczem krętki nie wchodzą tu w rachubę.

Odczyn Herxheimera często posiada dużą wartość rozpoznawczą. Jeżeli podejrzana wysypka skórna po salwarsanie nasila się, wówczas stanowi to dowód swoistej natury cierpienia. Oczywiście nie dotyczy to wyraźnych spraw niekiłowych jak łuszczyca i wyprysk, które również ulegają niekiedy nasileniu pod wpływem różnych leków.

W przeciwieństwie do wysypek niekiłowych odczyn Herxheimera ma charakter przelotny.

Wystąpienie omawianego odczynu stanowi często przestrogę co do dawkowania leków. Umiejscowienie odczynu w obrębie skóry jest zupełnie bezpieczne, natomiast zjawisko to w zakresie układu nerwowego względnie wątroby stanowi poważne powikłanie. Odczyn Herxheimera jest wyrazem nadmiernej silnej obrony ustroju wobec zakażenia kiłowego.

Opisane zjawisko zmusza lekarza do ostrożności w dawkowaniu, a tem samem do uniknięcia szkodliwych następstw leków naprzykład salwarsanu. W każdym razie zawsze wskazana jest ostrożność w dawkowaniu na początku leczenia przeciwkiłowego.

OTO - RYNO - LARYNGOLOGJA.

Leplat. **Bóle w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego.** (La douleur dans les mastoidites). Le Progrès Médical Nr. 7, kwiecień 1936 r.

Bóle w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego są ogromnie różnorodone pd względem nasilenia i umiejscowienia. Szczególnie należy

podkreślić występowanie bólów w obrębie oczu i zębów, co może spowodować mylnie rozpoznanie.

Bóle oczu ujawniają się w okresie wczesnym lub późnym.

W pierwszym wypadku oko łzawi, jest zaczerwienione i nadmiernie wrażliwe na światło, co jednak nie świadczy o ciężkim przebiegu sprawy chorobowej.

Bóle oczu w okresie późnym zjawiają się wówczas, gdy można się spodziewać ustąpienia wycieku ropnego. Zmniejszenie wycieku ropnego winno nastąpić spowodu przebicia bębenka lub otwarcia wyrostka sutkowego. W tym wypadku bóle oczu świadczą o głębokiem zapaleniu okostnej. Zjawienie się i trwanie bólów oczu po upływie pierwszego tygodnia stanowią wskazanie do szerokiego otwarcia wyrostka sutkowego. Jeżeli bóle utrzymują sęi 3 dni po wymienionej operacji, wówczas świadczy to o groźnem niebezpieczeństwie.

Bóle zębów stanowią oznakę kliniczną o zmiennem znaczeniu. Bóle te niekiedy są wyrazem przeniesienia podrażnienia, które jest powierzchowne i przelotne; w innych przypadkach przyczyna bólów zębów jest głębsza i świadczy o postępowaniu zapalenia w kierunku szczytu kości skalistej.

Bóle oczne i zębowe stanowią niezawodne oznaki zapowiadające głębokie zapalenie kostne; przed tym okresem ropienia oznaki ze strony wyrostka sutkowego są bardzo nieznaczne, prawie niedostrzegalne.

OKULISTYKA.

H. Schmelcer. **W sprawie etjologji i leczenia ropnych owrzodzeń rogówki.** (Zur Aetiologie und Therapie des eitrigen Hornhautgeschwüres). Die ärztliche Praxis Nr. 3, marzec 1936 r.

Dotychczas uważano, iż ulcus serpens jest wywołany w 80% przez pneumokokki, zaś w 20% — przez dwoinki. Ostatnio badanie bakterjologiczne wykazało, iż w 60% wymienionego schorzenia stwierdza się pneumokokki, w 20% — paciorkowce, w 13% — dwoinki, w 4% — gronkowce, w 3% inne zarazki lub wynik jałowy. Wykrycie zarazków jset ważne dla leczenia i rokowania, gdyż schorzenia pneumokokkowe odznaczają się ciężkim przebiegiem i powodują częściej utratę wzroku. Materjał do badania pobiera się po zakraplaniu 2 kropli 1% rozczynu pantokainy. Rozmaz uzyskuje się zapomocą szpatelka platynowego z powierzchni wrzodu. Do badania bakterjologicznego służą jałowe nici jedwabne, które wprowadza się do worka spojówkowego i przyciska się do dna owrzodzenia. W razie stwierdzenia gramdodatnich dwoinek odróżnienie pneumokokków od paciorkowców jest trudne: obecność otoczki przemawia na korzyść pneumokokków, brak otoczki — na korzyść paciorkowców. Leczenia wczesnego nie należy rozpoczynać od przeżegania, lecz od pędzlowania 2% rozczynem Optochin. hydrochloric. (w ciągu 2 minut) przy owrzodzeniach pneumokokkowych; w razie stwierdzenia dwoinek wskazane są pędzlowania z 1%

rozczynu zinci sulfurici (w ciągu 2 minut), owrzodzenia paciorkowcowe wymagają stosowania 5% nalewki jodowej (przez krótki czas). W przypadkach posuniętych niezawodną metodą jest elektrokoagulacja owrzodzenia, po którem blizny są cieńsze niż po przyżeganiu żegadłem. W ciężkich przypadkach, gdy tworzy się wysoki hypopyon i wzmaga się ciśnienie stosuje się nakłucie komory przedniej celem opróżnienia ropy. Obok leczenia miejscowego doniosłe znaczenie posiadają leczenie ogólne, leżenie w łóżku, dobre odżywianie i stosowanie tranu.

Skrzynka pocztowa.

PYTANIA.

29. Zakres stosowania kwasu askorbinowego.

W jakich schorzeniach istotnie udowodniono skuteczność kwasu askorbinowego? Czy wytwarzane są odnośne przetwory w kraju.

H. Z.

30. Anaemia aplastica — panmyelophthisis.

Czy przypadki anaemia perniciosa oporne na działanie przetworów wątroby należy zaliczyć do anaemia aplastica czy też do panmyelophthisis? Czy są to pojęcia identyczne?

S. N.

31. Stosowanie jodu w gruźlicy.

Chora lat 50 ze zmianami włóknistemi w płucach na tle gruźlicy. Od miesiąca utrzymują się stany podgorączkowe i uporczywy kaszel. Prócz tego stwierdza się objawy miażdżycy (wężykowaty przebieg naczyń, przerost serca). Ciśnienie krwi podwyższone. Czy w tym stanie stosowanie jodu nie jest przeciwwskazane ze względu na zmiany w płucach.

A. F.

32. Magnesia usta w leczeniu niedokwaśności.

Czy podawanie magnesia usta przy niedokwaśności żołądka jest celowe? Zdaniem licznych autorów w ten sposób zostają zobojętnione różne kwasy organiczne wytwarzające się w żołądku i nadmiar śluzu ulega rozpuszczeniu.

A. K.

ODPOWIEDZI.

18. Leczenie zapalenia płuc w przebiegu krzywicy.

Podawanie witaminy D u dziecka krzywiczego nie wywiera *bezpośredniego* wpływu na sprawę zapalną w płucach, jest jednak bezwzględnie wskazane ze względu na konieczność leczenia krzywicy. Zapalenia płuc u niemowląt krzywiczych mają przebieg znacznie cięższy i bardziej uporczywy, niż u niemowląt bez objawów krzywicy. W ten sposób witamina D, lecząc krzywicę, będzie oddziaływała *pośrednio* na sprawę płucną.

Samo zapytanie nasuwa pewne wątpliwości: mianowicie nogi szablowate u niemowląt 6-miesięcznych nie występują. Stwierdza się natomiast w tym wieku wygięcie podudzi na zewnątrz, uważane nieraz za początkowy objaw krzywicy, które są jednak objawem fizjologicznym i wyprostowują się samoistnie.

Dr. H. Frenklowa (Łódź).

Wobec tego, że zapalenie płuc u niemowląt krzywiczych ma zwykle cięższy przebieg, jest więc bardzo wskazanem podawanie witaminy D oraz wapnia. Obok tego, rzecz naturalna, należy w leczeniu uwzględnić te czynniki, które zwiększają odporność ustroju, a więc poprawiają tem samem rokowanie: jak odżywianie, powietrze, haemoterapja.

W podanym przypadku, ze względu na przewlekły przebieg zapalenia płuc, zdaje się byłoby celowem prześwietlenie klatki piersiowej oraz wykonanie odczynu tuberkulinowego: wykrycie tła tej sprawy chorobowej miałoby duże znaczenie dla rokowania i leczenia.

Dr. A. Kirszbraun (Warszawa).

20. Metody zapobiegawcze przy ręcznem odklejaniu łożyska.

1) Wprowadzenie domięśniowo surowicy wielowartościowej natychmiast po ręcznem odklejaniu łożyska może zapobiec powstaniu zakażenia w szeregu podejrzanych przypadków bynajmniej jednak nie we wszystkich.

2) Metoda odklejania łożyska za pomocą rękawa nie istnieje. Niektórzy autorzy zalecają osłaniać rękę wprowadzoną do pochwy (w rękawiczce lub bez niej) za pomocą specjalnego futerału (z gumy lub wyjałowionej tkaniny), który usuwa się przed wprowadzeniem ręki do macicy; może to w pewnym tylko stopniu zredukować niebezpieczeństwo zawleczenia drobnoustrojów z pochwy do wnętrza macicy. Skrupulatna aseptyka wprowadzanej ręki obowiązuje przedewszystkiem.

Prof. dr. *Wiktor Brant.* *(Warszawa).*

Wychodząc z teoretycznych założeń wstrzykiwanie wieloważnej surowicy paciorkowcowej, lub surowicy przeciw gorączce połogowej po ręcznem odklejeniu łożyska w ilości 10 cm^3 podskórnie ,domięśniowo lub dożylnie — może zapobiec ewentualnemu zakażeniu.

Stosunkowo wysoka cena surowicy utrudnia przeprowadzenie na szerszą skalę doświadczenia i porównania danych statystycznych. Wydaje się jednak, że nie będzie miała tego znaczenia zapobiegawczego, jak naprzykład surowica przeciwtężcowa.

Jako środki zapobiegawcze używa się: natychmiast po ręcznem odklejeniu łożyska i skontrolowaniu jamy macicy — wstrzyknięcie domięśniowe preparatu sporyszu, wyjodynowanie jamy macicy (ogólna zasada), wstrzyknięcie 2 cm^3 Omnadini codzień przez 2 — 3 dni lub 1 cm Propidonu — jednorazowo.

Odklejanie ręczne łożyska z użyciem rękawa praktycznie mało stosowane ma dużą wartość przy odpowiedniem umiejętnem stosowaniu.

Prof. Okińczyc proponuje zamiast niemieckich gumowych pokrowców na rękę stosować rękawy z materjałów, podobne rękawy używa się przy operacjach chirurgicznych. Przechowuje się takie rękawy wyjałowione (na wsi ew. można wygotować każdorazowo przed użyciem) i wkłada się na rękę w ten sposób, że dolny koniec tego rękawa z wewnątrz chwyta się palcami, dzięki czemu rękaw pokrywa całą wprowadzoną rękę. Aby usunąć przykre tarcie rękawa o zewnętrzne części rodnę i ściany pochwy przy wprowadzeniu — rękaw należy obficie zmoczyć słabym rozczynem lizoformu, co czyni go śliskim. Po dojściu do ujścia wewnętrznego operujący puszcza trzymany koniec rękawa, jednocześnie asystujący podciąga rękaw za górny jego koniec przy łokciu i dłoń operatora, uwolniona od rękawa, przenika jałową do jamy macicy. Podobno użycie rękawa dwukrotnie zwiększa odsetek bezgorączkowych połogów po ręcznem odklejeniu łożyska.

Dr. Piotr Mężyński (Warszawa).

22. Leczenie pozostałości po przebytem włóknikowem zapaleniu płuc.

W przypadku karnifikacji płata płucnego po przebytem zapaleniu płuc (cornificatio s. cirhosis pulm., v. pneumonia fibrosa, p. indurativa) wysięk w pęcherzykach i drobnych oskrzelikach nie ulega wessaniu przez drogi oddechowe, lecz zaczyna przerastać zwłaszcza od strony ścianek pęcherzyków i oskrzelików, która powoli przemienia się w zbitą tkankę łączną. Płat taki płucny jest zbity, twardy i kurczy się ulegając marskości (cirrhosis). W innych narządach głównie prawa komora serca ulega przerostowi, następnie rozstrzeni i niedomodze, wywołując zmiany zastoinowe w nerkach, śledzionie i wątrobie. Stwardniały płat płucny zazwyczaj jest mocno przyrośnięty do opłucnej, powodując stopniowe zapadanie się klatki piersiowej. W wypadku marskości płata prawego, serce zostaje przemieszczone naskutek zrostów wprawo, w wypadku lewostronnej marskości serce bywa odkryte na znacznej przestrzeni.

Gorączka bywa niezbyt wysoką, ciągła, bez większych spadków.

Podstawą leczenia jest terapja bodźcowa: autohemoterapja lub heterohaemoterapia (w wypadku wyniszczenia organizmu — pobranie krwi z żyły młodego osobnika i wstrzyknięcie domięśniowo choremu. Pozatym zastrzyki domięśniowe penumoniny, camphochiny i t. p. oraz cardiaca.

Dr. med. Gustaw Baranowicz (Warszawa).

23. Mitralizacja wady aortalnej.

Autor pytania, podając, że „obok szmeru rozkurczowego stwierdza się również szmer skurczowy“ nie określa miejsca osłuchiwania.

Nie wiemy zatem, czy w miejscu osłuchiwania zastawki dwudzielnej również są szmery i to niezależne, a jeśli są to jakie?

W tych warunkach trudno odpowiedzieć na pytanie.

Opisana rentgenologiczna sylwetka serca przemawia wprawdzie raczej za wadą organiczną zastawki dwudzielnej, lecz podobne zmiany w konfiguracji mogą niekiedy powstać również i w przypadkach daleko posuniętej i długo utrzymującej się niedomykalności względnej (a więc mitralizacji)

Niezależny szmer skurczowy nad koniuszkiem nie wyjaśniłby kwestji z całą pewnością (możliwość niedomykalności względnej) i należałoby jeszcze uwzlędnić obraz kliniczny i dane spostrzegania i leczenia.

Rozkurczowy zaś szmer (proto, bezo lub proto + mezodjastoliczny) umożliwiłby pewne rozpoznanie. Pomijając dość rzadki szmer czynnościowy Flinta (słaby, krótki, przedskurczowy), niezależny szmer rozkurczowy świadczyłby z pewnością o wadzie organicznej zastawki dwudzielnej.

Dr. Piotr Barow (Warszawa).

Przypadek przedstawiony jest niedokładnie. Przedewszystkiem nie podana została etjologja cierpienia, a wszak pamiętać należy o tem, że nie-

domykalność zastawek tętnicy głównej może również powstać u osobników młodych na tle kiły wrodzonej ,co w omawianym przypadku przesądzałoby kwestję w sensie „mitralizacji“, gdyż organiczna niedomykalność zastawki dwudzielnej na tle kiły nie spotyka się. Następnie nie zostało podane, w jakim punkcie słychać szmer skurczowy; stwierdzenie „obok szmeru rozkurczowego szmeru skurczowego“ jest zupełnie nieistotne, gdyż prawie zawsze przy odosobnionej niedomykalności zastawek aorty słychać również nad aortą szmer skurczowy.

Również ważnem wydaje się, czy ten szmer skurczowy (autorowi pytania chodzi prawdopodobnie o szmer skurczowy nad koniuszkiem) jest słyszalny w okresie wyrównania czy niewyrównania wady i jak się on zachowuje w przebiegu obserwacji chorego. Jeżeli bowiem w miarę poprawy stanu serca szmer ginie, świadczy to o niedomykalności względnej, czyli za „mitralizacją“. Brak jakichkolwiek wywiadów nie pozwala ustalić wreszcie, czy chory wcześniej skarżył się na duszność wysiłkową (co przemawiałoby za długotrwałym współistnieniem wady mitralnej), czy też wcześniej ujawniał wyłącznie cechy niedomogi lewokomorowej (wada aortalna).

Dr. Henryk Rasolt (Warszawa).

Stanowcza odpowiedź na to pytanie jest trudna, a czasem nawet niemożliwa. Mitralizacja wady aortalnej jest zwykle już objawem zaburzenia wyrównania. Jeżeli więc tych zaburzeń niema, to mitralizacja nie wchodzi w rachubę i należy myśleć o wadzie mitro-aortalnej. Przy zachowanem wyrównaniu akcentowanie drugiego tonu nad tętnicą płucną przemawiałoby stanowczo za wadą mitro-aortalną.

Dr. Józef Typograf (Warszawa).

Kronika.

W dniach od 13 do 15 września 1937 r. odbędzie się w Paryżu Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony chorobom żołądkowo-jelitowym. Bezpośrednio po nim od 16 do 18 września, odbędzie się w Vichy pod przewodnictwem prof. Loepera, członka Akademji Lekarskiej, Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony niedomodze czynnościowej wątroby. Prace kongresu w Vichy podzielone zostaną między dwie sekcje: 1) sekcję terapeutyczno-rozpoznawczą (pod przewodnictwem prof. Fiessingera) i 2) sekcję terapeutyczną (pod przewodnictwem prof. Mauriaca)“.

Prof. Dr. Witold Orłowski
Przewodniczący Honorowy
Kongresu

Komunikat Zjednoczenia Lekarzy.

Po szeregu lat dyskusji i doświadczeń wynikłych ze zjawisk ogólnospołecznej natury zaczęła w świecie lekarskim dojrzewać myśl o konie-

czności stworzenia jednolitego programu stanu lekarskiego i konieczności zbiorowego wysiłku przy stwarzaniu jego i realizacji. Ten zbiorowy wysiłek oprzeć można jedynie na wspólnej pracy zjednoczonego organizacyjnie i ideowo całego świata lekarskiego. Dlatego też pierwszym postulatem Zjednoczenia Lekarzy jest rzeczywiste i całkowite Zjednoczenie stanu lekarskiego, budowa organizacji ogólno lekarskiej, która położyłaby kres rozbiciu i rozdrobnieniu ruchu społeczno- lekarskiego.

Dziś zaczynają się zaznaczać już pewne zarysy programu. Uspołeczniona część świata lekarskiego pracuje nad rozwinięciem inicjatywy jasnego, jednolitego programu lekarskiego. W krystalizowaniu się tej myśli młoda generacja lekarzy od początku bierze udział. Zjednoczenie Lekarzy od kilku lat wzywa do opracowania takiego programu i przekłada nie po raz pierwszy jego wytyczne.

Świat lekarski musi wypełnić swe zadanie wobec społeczeństwa, musi odegrać swą zasadniczą rolę w akcji nowoczesnego życia. Społeczeństwo zaś musi zapewnić mu możność wypełnienia jego zadań i musi zrozumieć ważną rolę lekarza w tej budowie. Pierwszem zadaniem lekarskiem w chwili obecnej jest przekonanie ogółu, że zdrowie jest zagadnieniem publicznem, największym majątkiem społecznym, a zdecydowanie o sprawach zdrowia publicznego jest podstawowym obowiązkiem świata lekarskiego i on powołany jest do rozstrzygania zagadnień wynikających na tem podłożu. Stan lekarski zbiorowo winien wywrzeć nacisk na opinję społeczną, by te dwa postulaty były należycie zagwarantowane.

Pierwszem hasłem programu ogólnolekarskiego jest zorganizowanie powszechnej służby zdrowia. Zjednoczenie Lekarzy nie po raz pierwszy występuje z tem hasłem. Sprawa powszechnej służby zdrowia dziś już jest należycie oceniane przez ogół lekarzy - społeczników, mamy plany tej organizacji i postulaty realizacyjne. Sprawa na tyle dojrzała, że powinna być pchnięta z zakresu haseł i dyskusji na tory czynnego wprowadzania w życie.

Jako pierwszy postulat do realizacji nowych form szerokiej akcji zdrowotnej uważamy konieczność reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego i wzywamy cały świat lekarski do podjęcia wspólnej akcji zmierzającej do tego celu.

Bezwględna konieczność szybkiego podniesieniai stanu zdrowotnego naszego kraju zmusza skierować wzrok w stronę wsi. Prace przygotowawcze w tym kierunku podjęło niedawno Zjednoczenie lekarzy i w niedługim czasie poda do wiadomości opracowane postulaty i wskaże drogi, zmierzające do tego celu. W tem miejscu apelujemy do kolegów, którzyby chcieli poświęcić się pracy na wsi, by zgłaszali swą współpracę.

Sprawa nowych zadań otwierających się przed lekarzem, sprawa konieczności uzyskania maksimum sprawności zawodowej lekarza zmusza do zajęcia się sprawą reformy studjów lekarskich, dlatego też Zjednoczenie Lekarzy zwraca się z apelem do czynników miarodajnych o przyśpie-

szenie rozpoczętych prac, zmierzających do zreformowania studjów i ze swej strony złoży na ręce komisji Ref. Studjów przy N. I. L. swe tezy dotyczące kierunku i zasad tej reformy.

Z zagadnieniem racjonalnej i celowej pracy lekarza w społeczeństwie wiąże się ściśle kwestja jego podstaw bytu. Rozumiemy doskonale że spauperyzowani lekarze, przeciążeni nadmierną pracą zarobkową często nie zapewniającą nawet minimum egzystencji, pracujący bez wytchnienia nie mogąc pogłębiać i rozwijać swej wiedzy nie mogą wziąć na swe barki ciężaru ważnych prac leżących przed nimi.

Walczymy zatem z pauperyzacją lekarzy drogą unormowania wysokości stawek zarobkowych płac lekarskich. O podjęcie tej akcji zwracamy się do Związku Zawodowego Lekarzy P. P.

Zjednoczenie Lekarzy stoi na stanowisku, że dążyć należy do dania odpowiedniego zabezpieczenia emerytalnego lekarzom drogą specjalnej reorganizacji kas pogrzebowych i ubezpieczeniowych przy Izbach Lekarskich.

Rozumiejąc, że ciężar wniesienia nowych zasad pracy lekarskiej spadnie na barki młodego pokolenia lekarskiego dążymy do zorganizowania go i uświadomienia co do celów naszej pracy.

Redaktor i wydawca: Mr. A. HIRSZFELD.

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedyńczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, ½ str. zł. 80.—, ¼ str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Druk. „Lech", Warszawa, Koszykowa 33, Tel. 890-66.